

DU 8 JUILLET 2020

Positionnement fédéral Loi Grand Age et Autonomie

Droits d'usage et de reproduction strictement réservés
aux adhérents d'Adedom



adedom

La fédération du domicile



Ce document vise à synthétiser les propositions issues des travaux menés au sein de la Fédération ADEDOM et de ses différentes instances, dont les commissions « Personnes Agées/Personnes Handicapées », dans le cadre de la concertation sur la Loi Grand Age et Autonomie et la 5^{ème} branche « Autonomie ».

Il s'appuie sur le rapport El Khomri, le rapport Libault ainsi que les travaux menés avec le Cabinet Citizing dans le cadre de l'élaboration d'un modèle "New Deal" pour la personne âgée.

I. Le renforcement du soutien à domicile des personnes âgées

→ *En lien avec les priorités n°2, n°4 et n°5 du rapport Libault*

Plus de 80 % des français veulent vieillir à leur domicile. Pourtant, le secteur du domicile est en souffrance : financements insuffisants, professionnels en grande souffrance, etc.

Il s'agit donc de placer au cœur de cette réforme Grand Age et Autonomie le libre choix des personnes âgées concernées et la réponse à leurs besoins et attentes. Le secteur du domicile apparaît donc comme l'avenir : le domicile devant être défini comme la règle, et l'entrée en institution l'exception, sauf à être le choix de la personne.

1. L'affirmation du droit universel de vivre et vieillir à domicile – Citoyenneté des personnes accompagnées à l'autonomie

○ Une intervention à domicile globale centrée sur le projet de vie

Afin que demain soit construite une offre de soins et d'accompagnement de qualité pour les personnes âgées en perte d'autonomie, il importe à la fédération de mettre au cœur de toutes les réflexions la notion de **parcours de vie**, afin d'apporter **une réponse de qualité aux besoins de la personne accompagnée**.

Cette réponse ne doit pas seulement permettre aux personnes d'être « maintenues » à domicile mais bien d'y vivre, et de continuer d'y vivre longtemps et avec un haut niveau de qualité de vie. Cette réponse doit donc tenir compte des attentes de chacun, centrer l'action des services autour du projet de vie, et offrir une palette de services bien plus large que celle proposée à l'heure actuelle.

○ La mise en place d'une prestation unique « autonomie »

A l'heure actuelle, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas des mêmes droits alors qu'elles ont parfois un besoin d'accompagnement similaire. La barrière d'âge de 60 ans ne permet pas d'apporter la même réponse à ces deux publics en raison de freins financiers. A ce titre, Adédom soutient la suppression de cette barrière d'âge et la mise en place d'une prestation unique « autonomie » permettant de répondre aux besoins et attentes de la personne sans distinction d'origine de sa perte d'autonomie, de son âge, de sa situation financière, etc.

2. Le développement de l'offre de service et le renforcement de la logique domiciliaire

Le développement d'une vraie offre de services à domicile financée, le déploiement et la valorisation de l'innovation sociale en réponse aux besoins des personnes accompagnées est nécessaire.

Ainsi, Adédom propose un modèle New Deal pour le maintien à domicile assurant une qualité de vie aux personnes âgées dépendantes par la prise en charge globale de leur situation tout en assurant un niveau élevé de prévention de la perte d'autonomie.

Etape 1 : Diagnostic et coordination ☒ proposer aux personnes à domicile (de GIR 1 à 4) un diagnostic de la perte d'autonomie et par conséquent, des services pouvant être mis à leur disposition (de type CLIC), en moyenne 5 fois par an.

Etape 2 : Proposition d'un bouquet de services :

- 10 ateliers collectifs par an de prévention des chutes et de sensibilisation aux activités physiques ;
- 52 sorties véhiculées par an d'environ 1heure par sortie, avec un déplacement moyen de 13km
- 12h d'assistance administrative
- Un forfait de coordination de soins et services (SPASAD)
- 10 heures d'apprentissage et usage de la technologie
- Forfait annuel d'équipements connectés et télémédecine

Coût annuel du New Deal = 3.7 milliards d'euros. Soit un surcoût d'environ 4 800€ par personne âgée par rapport à la prise en charge actuelle de la dépendance à domicile

Etape 3 : Expérimentation et organisation de l'offre :

Aujourd'hui, le bénéfice socio-économique d'un tel bouquet de services ne peut être nié au regard de l'étude menée par Citizing-Ocirp-Adedom. A ce titre, Adédom souhaite qu'une expérimentation soit mise en œuvre sur les territoires. Cela permettrait d'une part, de confirmer les résultats attendus (baisse des hospitalisations des personnes en perte d'autonomie, recul de l'entrée en établissement, augmentation de la qualité de vie des personnes accompagnées, etc...) et d'autre part de mettre en avant l'intérêt d'une politique de prévention ambitieuse telle que celle-ci et irait dans le sens de ce que souhaitent les français : Vivre et vieillir à domicile.

En effet, la fédération porte une organisation respectant le libre-choix des personnes et, à ce titre, **une logique partant du domicile** pour organiser l'accompagnement global de la personne sur l'aide, l'accompagnement, le soin et le soutien social. Pour Adédom, il s'agit d'un rôle nouveau de coordinateur dans le cadre d'une ingénierie sociale de proximité.

Concernant la création « d'établissement territorial » pouvant regrouper des EHPAD, des SSIAD, des SAAD et des SPASAD, Adédom souhaite que les services à domicile puissent également être les opérateurs pivots de ces territoires et ne soient pas exclus de ce processus.

3. Le développement des lieux de vie alternatifs et intergénérationnels

Dans cette philosophie d'ouverture à la personne la possibilité de faire ses choix à domicile, le dispositif d'habitat inclusif semble être une solution d'avenir, garantissant conjointement l'inclusion sociale et une vie autonome à domicile.

La connaissance de l'approche domiciliaire et des différents publics, permettent aux services à domicile d'être force de propositions dans la mise en œuvre des projets d'habitats inclusif/partagé. De plus, leur connaissance du territoire est un réel atout pour l'élaboration des partenariats et plus spécifiquement pour la réalisation du projet de vie sociale et partagée, ayant pour objectif de favoriser le « *vivre ensemble* » au sein de l'habitat.

Les projets d'habitat inclusif sont véritablement portés par la fédération Adédom et ont pour vocation à être développés sur l'ensemble du territoire national.

Cependant, ces dispositifs méritent d'être clarifiés, que leur mise en œuvre soit simplifiée et que la communication autour de ce type de projet soit intensifiée.

Au sein d'Adédom, 3 projets d'habitats inclusifs ont vu le jour

- **Habitats partagés et accompagnés – Ensemble Autrement (59)**

L'initiative consiste à mettre en place des habitats partagés et accompagnés permettant un cadre de vie pérenne et configuré pour le vivre ensemble d'une colocation de personnes porteuses de handicap psychique. Ces maisons de droit commun, composées d'espaces entièrement privatifs (chambre et salle de bain) et d'espaces communs (cuisine, salon, salle à manger, etc.), s'inscrivent dans un environnement inclusif, au cœur de la cité et sont tournées sur la ville.

- **Projet HAISSOR (Habitat Intermédiaire de Service Solidaire Regroupé) – VSDS (01)**

Le projet HAISSOR, projet en faveur des personnes âgées, est conçu pour répondre à des besoins multiples. En partenariat avec le Conseil départemental, une commune, un opérateur social et une association d'aide à domicile, il est un véritable habitat personnel et adapté facilitant l'autonomie. L'organisation communautaire du projet facilite le partage, la solidarité et la sécurité, en articulant l'individuel et le collectif. Il permet de prendre en compte les attentes des personnes et s'appuie sur les forces vives des différents acteurs impliqués dans le fonctionnement du dispositif.

- **Projet d'habitat inclusif *en cours de réalisation* – Val de Cher Services (03)**

Le projet consisterait en la création de logements à destination des personnes âgées ou en situation de handicap, offre de logements qui n'existe pas sur le territoire et ses environs. L'association souhaiterait créer conjointement des logements, un projet de construction de locaux administratifs qui se composerait de bureaux, d'une salle collective et d'un appartement pédagogique pour la formation de leur personnel.

De plus, plusieurs associations de notre réseau souhaiteraient développer ce type de projets sur leur territoire.

4. Un meilleur accompagnement des aidants

→ *En lien avec la priorité n°7 du rapport Libault.*

Les dispositifs de relayage et de séjour de répit aidant/aidé, inspirés du baluchonnage québécois, apparaissent comme une solution de relâche indispensable pour les aidants familiaux à développer, adapter et approfondir. Le cadre légal et réglementaire est aujourd'hui peu adapté à la société française, d'où la nécessité d'ouvrir les possibilités du droit du travail à ces activités, si tant est que le régime juridique de ces dispositifs soit clairement défini au sein des décrets d'application.

L'expérimentation nationale en cours n'est pas suffisante puisque aucun financement n'a été prévu pour les structures expérimentatrices, ce qui a conduit à l'avortement de plusieurs projets.

Également, il conviendrait d'octroyer des avantages fiscaux et financiers, des aides à l'aménagement des logements, une meilleure information et formation ainsi qu'**une reconnaissance statutaire**.

La synthèse de la CNSA concernant l'étude « Rémunérations des aidant.e.s : parcours, transactions familiales et types d'usages des dispositifs d'aide. » a été publiée le 4 novembre 2019 et pose des chiffres alarmants illustrant bien la condition actuelle de ces aidants : Seuls 9% déclarent percevoir une rémunération ou un dédommagement. Par ailleurs, ces dédommagements concernent uniquement les proches aidants de personnes en situation de handicap bénéficiant d'une PCH. A l'heure actuelle, aucun aidant de personne âgée ne peut prétendre à un dédommagement/ rémunération.

De plus, les APA et PCH doivent permettre de financer des heures de répit aux proches aidants, si l'on veut éviter d'amplifier les phénomènes d'épuisement existants.

Enfin, en octobre 2019, le gouvernement a lancé une « Stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants ». Si la fédération ne peut que saluer la mise en place d'un tel plan en faveur des aidants, elle souligne que sa mise en œuvre ne pourra pas se faire sans une réforme d'ampleur du secteur du domicile, largement attendue par la fédération, l'accompagnement du secteur dans l'évolution du système de santé ainsi que le soutien des professionnels intervenant à domicile dans le repérage et la réponse aux besoins des aidants.

II. Le renforcement de la coordination territoriale

1. Une meilleure coordination aide et soins / le SPASAD intégré et les autres SPASAD

→ *En lien avec la proposition n°2 du rapport Libault*

Aujourd'hui, dans une logique de simplification du parcours de la personne âgée à domicile et de favorisation du maintien à domicile, il est indispensable de proposer des services en lien avec les besoins des populations.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée en décembre 2015 prévoit dans son article 49 la mise en place d'expérimentations d'un modèle « intégré » d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). La loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé du 24 juillet 2019 a prolongé l'expérimentation « **SPASAD intégré** » jusqu'au 31 décembre 2021. Ainsi, le SPASAD intégré (dit aussi SPASAD expérimental) -répondant au besoin d'une prise en charge coordonnée et globale des bénéficiaires au niveau du domicile (dans cette optique, il est proposé que l'équivalent du SPASAD soit possible entre un CSI et un SAAD) - doit être soutenu et valorisé par la mise en place d'un forfait de coordinations de soins et de service (intégré au bouquet de services proposé dans le cadre de l'étude Adédom-Citizing).

En tant qu'outil intégré de coordination, le SPASAD ne pourra être réellement développé qu'en cadrant le fonctionnement et en lui octroyant un financement spécifique, et notamment pour la coordination et la présence en réunion, temps dédiés aux échanges pluriprofessionnels

Il s'agit là de lever les freins financiers, d'apporter une formation à l'ensemble des acteurs concernés, de rendre effective l'interopérabilité des systèmes d'informations.

Ainsi, il n'existe pas aujourd'hui de service polyvalent d'aide et de soins (SPASAD) mais des SPASAD de différents types parmi lesquels nous pouvons citer les **SPASAD autorisés avant la loi ASV¹** mais aussi les **SPASAD liés au rapprochement et au travail en commun d'un SAAD et d'un SSIAD qui ne seraient ni une forme expérimentale ni autorisé.**

Consciente du rôle déterminant que revêtent les SPASAD dans l'accompagnement global des personnes prises en charge, la fédération Adédom a souhaité initier un projet innovant en santé et y associer les acteurs de terrain dans son élaboration. C'est en ce sens que le « **SPASAD 51** » a été initié par la fédération en étroite collaboration avec ses adhérents, au sein d'un groupe de travail fédéral dédié. L'aboutissement de cette réflexion commune a permis à la fédération de se porter candidate et de déposer son projet d'innovation en santé intitulé « SPASAD 51 » auprès du ministère des Solidarités et de la Santé. Après un échange avec la

¹ SPASAD créés par le décret n°2004-613 du 26 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD et codifiés par l'article D.312-7 du CASF

DGCS et la DGOS, la loi grand âge et autonomie devrait être un tournant dans lequel ce modèle spécifique de SPASAD, pensé par la fédération, devrait voir le jour.

Chacun de ces services ayant ses propres spécificités (forces) et limites dont il faudra tenir compte en les articulant avec les autres types de structures existantes. Les travaux en cours sur la réingénierie des diplômés et métiers (AVS et AMP devenus AES, AS, IDE...) notamment dans le cadre du DEAES doivent continuer en associant étroitement les fédérations car ils vont impacter très fortement les SPASAD existants.

Adédom encourage la mise en place de SPASAD dont la composition serait variable : SAAD/SSIAD mais aussi SAAD/CSI, SAAD/SSIAD/HAD, etc...

Par ailleurs, dans une logique de parcours domiciliaire, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et les plateformes de répit sont des dispositifs favorisant le soutien à domicile. Ces dispositifs sont des relais indispensables aux proches aidants, participent au maintien du lien social des personnes âgées et permettent de mieux préparer les entrées parfois inévitables en établissement. A ce titre, il est nécessaire d'encourager les partenariats entre les structures proposant ce type d'accueil avec les acteurs phares du domicile.

Concernant la mise en place de partenariats avec des acteurs parapublics, la Fédération reste vigilante et rappelle que l'intervention auprès des personnes en situation de fragilité est encadrée juridiquement et ne peut être exercée sans autorisation spécifique.

2. Intégrer l'ensemble des acteurs du domicile dans les nouvelles organisations territoriales afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées

→ *En lien avec les propositions n°4 et 8 du rapport Libault*

Le paysage gagne à être simplifié. De manière générale, la multiplicité des structures de coordination (MAIA, CLIC, PTA – plateforme territoriale d'appui, etc.) ne facilite pas la lisibilité des acteurs du domicile et rend plus difficile la coordination. **Cela pose la question de la mise en place d'un guichet unique.** Dans cette optique, la Fédération soutient la proposition du rapport Libault de créer des Maisons des Aînés et des Aidants.

Il faudrait réfléchir à l'élaboration d'un outil reprenant le rôle et les missions de chacun, tant à destination des usagers que des professionnels. De plus, la fluidité de la transmission des informations entre les différents acteurs permettrait l'optimisation d'une prise en charge. Une des pistes privilégiées est la mise en place des DAC (dispositif d'appui à la coordination) qui vont se développer dans tous les territoires en remplacement des réseaux, MAIA, PTA, CTA de PAERPA (voire des CLIC)...

Cette organisation territoriale peut s'appuyer sur les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** qui constitueront des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organiseront pour mettre en œuvre ces missions au service de la santé de la population de leur territoire.

A ce titre, l'objectif de déploiement de 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national à l'horizon 2022 grâce à un cadre pérenne de financement aux CPTS tel qu'il est prévu dans « Mon Plan 2022 » apparaît indispensable à la fédération.

Par ailleurs, il est nécessaire d'envisager un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile dans lequel les EHPAD et les acteurs d'aide et de soins de proximité déjà présents sur le territoire constitueraient des **plates-formes gériatriques de proximité** permettant d'offrir aux personnes âgées vivant à domicile de services modulables et adaptés.

Ce dispositif permettrait de rendre effective la coopération et la coordination entre les différents professionnels et structures dans le respect des spécificités de chacun des acteurs.

Ainsi, l'intégration de l'ensemble des acteurs du domicile présuppose une vision « grand angle » qui efface les lignes artificielles tracées entre le secteur social et médicosocial (ESSMS : EHPAD, Accueils de jour, SSIAD, SAAD, SPASAD...) et le secteur sanitaire ou ambulatoire (HAD, dialyse à domicile, centre de santé...). Les centres de santé infirmiers (CSI) en particulier, acteurs clés des soins à domicile au même titre que les SSIAD, ne doivent pas être oubliés dans l'écosystème du grand âge et de l'autonomie. Cette vision d'ensemble doit se retrouver à tous les niveaux organisationnels, y compris et en premier lieu au sein du Ministère de la santé et de ses directions (DGCS, DGOS, DSS...) pour permettre enfin une réforme du grand âge englobante et cohérente.

3. L'amélioration de l'attractivité des métiers

→ *en lien avec la priorité n°1 du rapport Libault*

Dressons un rapide panorama de la Branche :

- 60% des salariés de la Branche ont plus de 45 ans (plus des 2/3 des intervenants à domicile ont plus de 40 ans)
- Un taux de turn-over très élevé : de 71 à 86%² en fonction de la typologie d'intervenants à domicile ;
- Une branche parmi les plus « accidentogènes » (plus risquée que le BTP) ;
- Des accidents du travail plus fréquents (taux de 45 contre 22 dans l'ensemble des secteurs d'activités) ;
- Des accidents du travail plus graves (taux de 26 contre 15 dans l'ensemble des secteurs d'activités) ;
- 89% des contrats sont à temps partiels ;

Mais 86% des contrats sont proposés en CDI.

Les besoins en recrutement sont permanents (en lien avec la pyramide des âges mais aussi pour faire face au turn-over) mais les salaires proposés ne permettent pas nécessairement d'attirer les candidats. En effet, à ce jour 17 coefficients sont immergés sous le SMIC pour les agents à domicile et 10 coefficients pour les employés à domicile.

Pénibilité du travail, effectifs insuffisants, rémunérations faibles, les métiers du grand âge sont peu attractifs. En conséquence, le secteur est marqué par d'importantes difficultés de recrutement même concernant les soignants (infirmiers et aides-soignants). Pourtant, avec le vieillissement de la population, les besoins de personnels, notamment pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, sont croissants, et l'épisode que nous traversons actuellement nous le rappelle très concrètement.

² Selon le baromètre emploi-formation 2020 d'Uniformation

Si la fédération partage le constat global dressé par la mission, elle salue et soutient la grande majorité des propositions, notamment en ce qui concerne la revalorisation des rémunérations, la création de nombreux postes, la simplification de l'entrée en formation, l'amélioration de la qualité de vie au travail et la campagne de communication sur les métiers du grand âge.

A. PERMETTRE UNE MEILLEURE LISIBILITE DE LA CARTOGRAPHIE DES METIERS ET COMPETENCES SANS FAIRE DISPARAITRE LES SPECIFICITES DES METIERS DU GRAND AGE

La réduction drastique de l'éventail des diplômes reconnus dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, Adédom comprend bien la logique recherchée mais s'interroge sur les résultats réels et s'inquiète du **risque accru de « désertification » du secteur de l'aide à domicile**.

De même le rapprochement des référentiels d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social soulève quelques interrogations : accompagner la perte d'autonomie et prendre soins des personnes au domicile requièrent des compétences spécifiques mais différentes. Regrouper ces compétences au sein d'un diplôme unique pourrait offrir des perspectives de parcours ainsi que la possibilité de compléter des temps partiels voire améliorer les conditions de travail au travers d'une plus grande variété de missions confiées. Néanmoins Adédom s'interroge sur la **perte de compétence et la spécialisation des professionnels**.

B. L'INDISPENSABLE RECONNAISSANCE SALARIALE : L'APPLICATION DES AVENANTS 43 ET 44

Pour Adédom, le principal levier d'attractivité demeure celui de la remise à niveau sans délai des rémunérations inférieures au SMIC et cela concerne la moitié des 230 000 salariés de la branche pour 2019. Au-delà de cette mesure indispensable, c'est l'ensemble du système de classification et de rémunération qui a été revu au travers de l'avenant 43 signé en mars 2020 offrant à la fois une **revalorisation des salaires mais également plus de perspectives de parcours professionnels des salariés par une meilleure reconnaissance des compétences et des contraintes des métiers**.

4. Une réforme de la tarification des services

A. UNE REFORME DE LA TARIFICATION DES SSIAD → En lien avec les priorités n°2, 4 et 5 du rapport Libault

La tarification actuelle des SSIAD est dépassée et ne correspond plus aux profils des bénéficiaires de plus en plus lourds accompagnés en soin par les SSIAD. En effet, la dotation globale des SSIAD, héritage d'un prix à la journée, ne tient pas compte du profil des bénéficiaires (avec des pathologies chroniques évolutives), de la complexité des soins/ charge en soins (soins techniques, soins non techniques mais chronophages), de leurs fréquences (de plusieurs fois par jours ou quelques fois par semaine), du nombre et du type d'intervenants nécessaires (passage en binôme AS/IDE), de l'environnement de la personne (adaptation du logement, présence d'un aidant...), etc. L'inadéquation des financements des SSIAD avec leur mission historique, consistant à soigner sans reste à charge tout bénéficiaire âgé dépendant, personne en situation

de handicap ou atteint d'une affection de longue durée les conduit à faire des choix entre leur équilibre financier et l'intérêt des bénéficiaires.

De plus, la double enveloppe pour les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap que reçoivent les SSIAD dans le cadre de leur dotation globale maintient une séparation artificielle et un déséquilibre de financement entre les places « PA » et « PH » : ce double financement est à supprimer dans la droite ligne de la suppression de la barrière d'âge.

Il est urgent de revoir la tarification des SSIAD, en l'articulant avec celle des SAAD et en tirant des leçons des expérimentations SPASAD intégrés et des SSIAD renforcés, afin que les SSIAD/SPASAD soient en mesure d'accompagner en soin tous les bénéficiaires qui le nécessitent.

B. UNE REFORME DE LA TARIFICATION DES SAAD / LA MAITRISE DES RESTES-A-CHARGE A DOMICILE

→ En lien avec les priorités n°2, 4, 5 du rapport Libault.

La reconnaissance et la valorisation de la prévention individuelle quotidienne des différents acteurs de l'aide à domicile deviennent nécessaires. Il ne pourra pas y avoir de repérage précoce et donc d'hospitalisations dites « inutiles » évitées si les SAAD ne sont pas en capacité de remplir leur rôle. Cela tend notamment à un renforcement des plans d'aide et à une reconnaissance des coûts de revient de ces services, en y intégrant la coordination, la prévention et le repérage des fragilités.

L'idée est de **refondre le modèle économique des SAAD, non plus dans une logique de pure tarification horaire, mais dans l'optique d'une valorisation globale de toutes les missions réellement effectuées, y compris les missions de coordination.**

L'offre à domicile étant actuellement économiquement fragile et à bout de souffle, avec de fortes disparités territoriales, **il convient de s'allier aux propositions du rapport Libault visant à assurer la viabilité du mode de financement des SAAD.** Dans la continuité des travaux engagés par le groupe de travail DGCS-CNSA relatif à la réforme de l'« allocation de ressources SAAD », ce rapport propose de mobiliser deux leviers : un tarif national de référence unique fixé à 21€, - très en-deçà du coût de revient des services - et applicable à l'ensemble des SAAD, et une dotation forfaitaire, équivalente en moyenne à 3€ par heure de prestation, négociée pour les SAAD habilités à l'aide sociale, dans le cadre d'un CPOM, sur la base d'engagements.

La fédération est en accord avec ces leviers, bien qu'ils n'aillent pas assez loin vers une réforme plus ambitieuse de la tarification des SAAD et des montants qui ne nous semblent pas encore suffisants.

L'étude des coûts menés par la DGCS en 2016 a mis en exergue la nécessité **d'un tarif national à 24,24€.**

Ainsi, la mise en place **d'un tarif national de référence** (prenant en compte la totalité des coûts des services) **associé à une dotation forfaitaire en fonction des spécificités des interventions** assurerait la pérennité des SAAD indispensables sur les territoires.

Par ailleurs, il est indispensable de **mettre fin à la fragmentation des heures d'intervention**, dépense supplémentaire supportée par les services, générant des déplacements importants (qualité de vie au travail) et souvent mal perçue par les bénéficiaires des plans d'aide (qualité).

De plus, afin de permettre une plus grande équité de traitement sur les territoires, de rendre l'offre plus lisible et d'assurer une meilleure transparence tarifaire, la fédération porte un **CPOM pour les SAAD habilités**

à l'aide sociale qui soit obligatoire et non facultatif. Ces derniers doivent par ailleurs être le fruit d'une réelle négociation avec les autorités de tarification.

5. La reconnaissance de la perte d'autonomie de la personne âgée comme une branche de protection sociale

La 5^{ème} branche permettrait de couvrir l'aide, l'accompagnement à l'autonomie, à la fois en établissement et à domicile. Cette 5^{ème} branche viendrait s'ajouter aux 4 autres branches pour gérer et anticiper les dépenses liées aux risques consécutifs à la perte d'autonomie.

Cependant, Adédom tient à préciser qu'au regard des besoins croissants de la population, du mode de financement actuel des SAAD/SSIAD, et de la nécessité de revaloriser les salaires afin d'assurer l'efficacité des services dans la réponse apportée à la population, il ne sera pas possible de financer cette 5^{ème} branche sans la mise en place d'une contribution supplémentaire, quelle que soit la forme qu'elle prendra.

A. UN FINANCEMENT BASE SUR LA SOLIDARITE NATIONALE

Le financement de cette 5^{ème} branche doit reposer sur trois principes essentiels :

- Un financement reposant sur la solidarité nationale

Dans la mesure où le vieillissement et la perte d'autonomie qui peut lui être associée sont des processus normaux qui vont toucher l'ensemble de la population, leur financement doit être basé sur la solidarité nationale.

L'ensemble de la population doit être concerné par cette contribution, quel que soit son niveau de revenus, sa catégorie professionnelle ou la nature de ses revenus (salaires, indemnités, actions, revenus immobiliers etc., hors prestations sociales).

Le financement doit être basé sur le même principe que l'Assurance-Maladie, avec des cotisations assises sur les ressources, pour la garantie d'un droit fondamental, équitable et universel sur l'ensemble du territoire national ; ce risque devra être géré par une caisse unique, la CNSA, garante de l'équité et de l'accès aux aides de toute personne en perte d'autonomie.

- Un financement issu d'une optimisation des prélèvements existants

A l'heure actuelle, de nombreuses contributions sont déjà demandées aux français et aux entreprises. A ce titre, Adédom souhaite que soit priorisé l'optimisation de dispositifs existants avant la mise en place ou l'augmentation d'un prélèvement quelle que soit sa nature.

- Un financement en partie permis par l'élargissement de l'assiette de la CSG

A l'heure actuelle, la CSG ne pèse pas sur l'ensemble des catégories de population. Il s'agit dans un premier temps de s'assurer que chaque français contribue à la CSG à la hauteur de ses moyens.

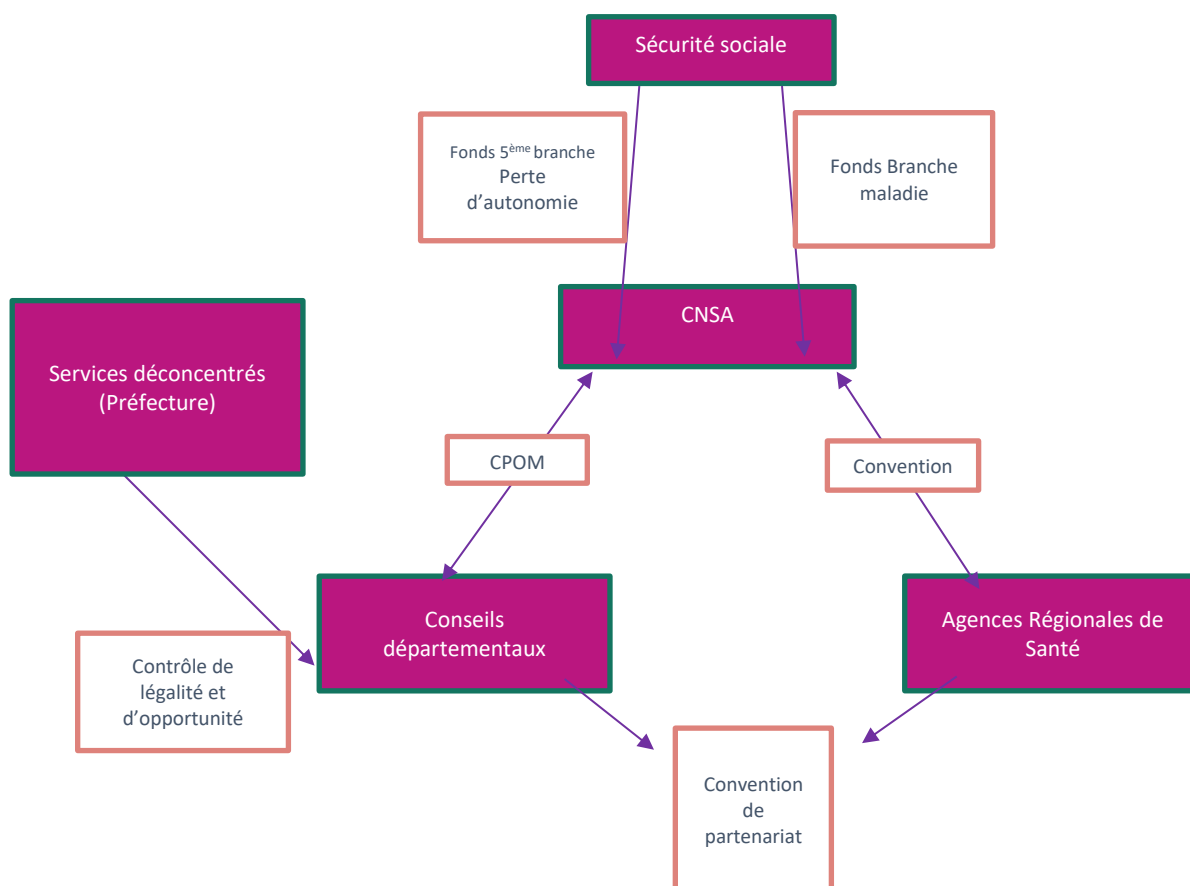
B. LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE DE LA 5^{ème} BRANCHE

Aujourd'hui, notre principale préoccupation dans le cadre du financement de cette 5^{ème} branche est d'assurer l'équité de traitement des services dans les territoires.

A ce titre, plusieurs grands principes nous apparaissent comme fondamentaux dans la mise en œuvre d'une politique publique d'envergure quant à la prise en charge de la perte d'autonomie :

- Une politique publique définie nationalement
- Une concertation associant le national (CNSA), les départements et territoires (ADF, ARS, etc..) et les acteurs du secteur (mise en place d'un cahier des charges national définissant le tarif national, les tarifs complémentaires, politique de l'autonomie, etc...)
- Une contractualisation des objectifs entre la CNSA et les CD/ARS (CPOM et convention)
- Une politique nationale faisant l'objet d'arbitrage en territoire entre les CD/ARS et les services afin d'adapter la politique nationale aux besoins spécifiques du territoire concerné
- Un contrôle des fonds versés par la CNSA : Une évaluation des politiques publiques mises en œuvre tant au niveau national que territorial

Dans cette configuration, la répartition des rôles de la CNSA, des Conseils départementaux, et des ARS, est la suivante :



- La CNSA, en tant que caisse nationale d'allocation autonomie

Dans la mise en œuvre d'une 5^{ème} branche, l'enjeu principal est d'assurer la bonne gouvernance à celle-ci. L'une des problématiques majeures des services d'aide à domicile est le financement équitable de ceux-ci alors même qu'ils dépendent de conseils départementaux différents.

Pour cette raison, Adédom souhaite fortement que la CNSA assume la gouvernance de cette 5^{ème} branche. A ce titre, la CNSA devra se doter d'un Conseil d'administration rénové dont la constitution intègre les fédérations représentatives du domicile.

En tant qu'organisme payeur, elle établit un cahier des charges national dont l'élaboration serait le fruit d'une concertation (annuelle ou pluriannuelle) entre la CNSA, les territoires et les acteurs du secteur (Etablissements et domicile). Cette concertation porterait notamment sur le tarif national, dotation complémentaire, conditions de signature des CPOM, etc...).

L'élaboration de ce cahier des charges doit conduire à :

- Assurer la cohérence de la politique publique sur l'ensemble du territoire
- Garantir une équité de financement des services
- Sécuriser l'équilibre économique des CPOM signés entre les départements et les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Dans cette configuration, la CNSA serait ainsi garante des fonds alloués aux Conseils départementaux et ARS selon la base établie en concertation et contrôlerait la bonne utilisation de ces fonds. Elle doit également assurer l'efficacité des politiques publiques de l'autonomie. En ce sens, et s'agissant des Conseils départementaux, Adédom est favorable à un arbitrage par le pouvoir déconcentré (préfecture) quant aux actions à mener sur le territoire.

En cas de mauvaise utilisation des fonds par les CD, il est indispensable d'envisager des sanctions :
Plusieurs possibilités concomitantes:

- La reprise des fonds qui n'auraient pas été dépensés conformément à ce qui était prévu par le CPOM CD/ CNSA par la CNSA et l'obligation de maintenir les financements dans le CPOM service/CD
- Etablir la liste des départements qui n'auraient pas respecté le CPOM contracté avec la CNSA

Quant aux ARS, elles rendront compte à la CNSA dans des conditions similaires à celles prévues actuellement.

Cette gouvernance nationale assurerait la cohérence des politiques publiques sur l'ensemble du territoire et l'équité de traitement des services, tout en développant un système de financement assurant la pérennité de ces derniers.

- **Les Conseils Départementaux et les Agences Régionales de Santé, co-pilotes de l'action sociale et médico-sociale**

Les Conseils départementaux en tant que chef de file de l'action sociale, contractualisent un CPOM avec la CNSA afin de définir avec elle les objectifs de développement et de prise en charge sur le territoire.

Les ARS contractualisent dans le cadre d'une convention avec la CNSA.

A ce titre, les Conseils départementaux et les ARS rendent compte de leur action auprès de la CNSA qui s'assure que les actions mises en œuvre sont cohérentes avec le CPOM contractualisé et les orientations nationales.

Les Conseils départementaux et les ARS, en lien avec les orientations nationales identifient les priorités et actions à mettre en œuvre sur leur territoire : Prise en charge spécifique de certaines pathologies, développement de service répondant à un besoin identifié, etc... Pour ce faire, des conventions de partenariats CD/ARS doivent être conclues. Leur objectif est d'assurer le développement de l'offre, d'une réponse coordonnée aux besoins, renforcer la cohérence des politiques d'action sociale et médico-sociale et mettre fin aux silos des prises en charge aide et soin.

Par ailleurs, les CD négocieraient les CPOM rendus obligatoires avec l'ensemble des services de l'aide à domicile en fonction des spécificités des services (nature de prise en charge, territoire rural et ultra-rural, réseau partenarial existant...).